

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 17

Un cas de Teratome kystique de la cavité abdominale

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Juillet 1939

PAR

Ozjasz GOLDSTEIN

Né le 23 Juillet, 1911, à Brody (Pologne)

Pour obtenir le Grade de Docteur d'Université

(Mention Médecine)

Examineurs	{	ETIENNE, professeur, <i>président</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		EUZIERE, professeur		
de la Thèse		MOURGUE-MOLINES, agrégé		
		ROUX, agrégé		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DU PROGRÈS

7, Rue Castel-Moton - Téléphone : 51-85

1939



Un cas de Teratome Kistique
de la cavité abdominale



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 17

Un cas de Teratome kystique de la cavité abdominale

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Juillet 1939

PAR

Ozjasz GOLDSTEIN

Né le 23 Juillet, 1911, à Brody (Pologne)

Pour obtenir le Grade de Docteur d'Université

(Mention Médecine)

Examineurs	{	ETIENNE, professeur, <i>président</i>	}	<i>Assesseurs</i>
		EUZIERE, professeur		
de la Thèse		MOURGUE-MOLINES, agrégé		
		ROUX, agrégé		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DU PROGRÈS

7, Rue Castel-Moton - Téléphone : 51-85

1939

Personnel de la Faculté

PROFESSEURS

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	HEDON
Chimie biologique médicale et Toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELTT
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES
Thérapeutique et matière médicale	JANBON
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET
Clinique médicale	GIRAUD
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABAU accesseur.
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge	BOUDET
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	DEJEAN
Clinique d'oto-rhino-laryngologie- maxillo-faciale	TERRACOL
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
Anatomie (Chargé de cours)	LAUX
Histologie (Chargé de cours)	GRANEL

HONORIAIT

Professeur honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, FORGUE,
ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE, VIRES, BOSCH. VILLARD

CHARGE DE COURS COMPLEMENTAIRES

Histoire Naturelle médicale	MM. HARANT, Dr.
Pathologie Médicale et clinique propédeutique médicale	BAUMEL, agr.
Clinique propédeutique médicale	P. RIMBAUD, agr.
Clinique des maladies contagieuses	JANBON, prof.
Clinique phthisiologique	VIDAL, prof.
Chirurgie expérimentale	GUIBAL, agr.
Pathologie externe	MOURGUE-MOLINES, agr.
Médecine opératoire	ROUX, agr.
Accouchements	COLL DE CARRERA, agr. lib.
Stomatologie	FERRIER Dr.

AGREGES EN EXERCICE

Bactériologie	M. CARRERE
Médecine	BAUMEL
	P. RIMBAUD
	LAPON, ch. d'agr.
	BOUCOMONT, ch. d'agr.
Chirurgie	AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Chimie	Dr MONNIER, ch. d'agr.
Obstétrique	CADERAS DE KERLEAU, ch. d'agr.

EXAMINATEURS DE LA THESE

ETIENNE, professeur, <i>Président</i>	MOURGUE-MOLINES, agrégé
EUZIERE, professeur	ROUX, agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Exemple de bonté et d'abnégation dont les lourds sacrifices ont rendu possibles mes études. Puisse la joie de ce jour compenser faiblement les peines et les sacrifices que son amour maternel inépuisable s'est imposé pour moi.

Toute ma tendresse et mon affection.

A MON ONCLE G. FRIEDMAN

A MA SŒUR

A MON FRERE WILLI GOLDSTEIN

A MON FRERE, DOCTEUR LEON GOLDSTEIN

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

. A LA FRANCE

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE
PROFESSEUR DE CLINIQUE DE CHIRURGIE INFANTILE

*Qui a bien voulu nous faire
le très grand honneur de pré-
sider notre thèse et nous en a
inspiré le sujet.*

*Hommage respectueux et re-
connaissant.*

A MON MAÎTRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR EUZIERE

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PROFESSEUR DE CLINIQUE
DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'hommage de ma reconnais-
sance pour la sympathie et la
bienveillance qu'il a eues à
mon égard au cours de mes
études.*

A MON MAÎTRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ
MOURGUE-MOLINES

*Pour le très grand honneur
qu'il me fait en acceptant de
faire partie de mon jury de
thèse.*

A MON MAÎTRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ ROUX

Hommage très respectueux.

Introduction

Chez l'adulte, les tumeurs abdominales posent souvent des problèmes diagnostiques extrêmement complexes ; il en est de même chez l'enfant où la fréquence des tumeurs d'origine embryonnaire est encore plus grande.

Kystes ovariens, tumeurs du mésentère sont souvent fort difficiles à différencier par le seul examen clinique des autres tumeurs abdominales. C'est, en effet, au chirurgien que revient le rôle de porter un diagnostic précis et uniquement au moment de l'intervention.

Chez l'enfant, cependant, de nombreuses éventualités peuvent être éliminées, mais par contre, la possibilité de tumeurs ayant pour point d'origine des vestiges embryonnaires augmentent la difficulté du diagnostic.

Parmi les tumeurs abdominales de l'enfant, les néoformations kystiques d'origine intestinale semblent présenter une individualité assez grande.

Leur rareté et la pauvreté de leur manifestation clinique font que le diagnostic ferme en est presque impossible.

M. le Professeur Etienne a eu l'occasion d'observer récemment dans la Clinique chirurgicale infantile, un cas de kyste entéroïde qui a posé des problèmes diagnostiques et thérapeutiques difficiles à résoudre.

M. le Professeur Etienne a bien voulu nous confier cette observation pour en faire l'objet de notre thèse inaugurale. Nous le prions de trouver ici l'expression de notre gratitude pour la bienveillance qu'il nous a témoignée.

Nous étudierons la question fort complexe des néoformations d'origine intestinale en prenant pour base l'observation inédite de la Clinique chirurgicale infantile. Il nous paraît logique d'exposer d'abord cette observation; elle nous servira de point de départ dans l'exposé de ce modeste travail.

Chapitre Premier

OBSERVATION

La jeune P... Janine, née le 3 août 1932 entre une première fois dans le service, le 28 mai 1937, pour tumeur de la moitié droite de l'abdomen.

Avant de narrer l'histoire de cette enfant, nous précisons qu'elle est restée dans le service jusqu'au 9 juin 1937, qu'elle y est revenue l'année suivante, le 16 mai 1938 avec le même diagnostic dans un état véritablement désespéré et qu'elle a succombé le 19 mai, après une intervention chirurgicale.

Histoire avant le premier séjour. — Cette enfant aurait présenté depuis un certain temps et à intervalles variables, des vomissements mis sur le compte d'une acétonémie. L'examen de l'abdomen fait à plusieurs reprises n'aurait permis de déceler ni point douloureux, ni tumeur.

Le 26 mai 1937, deux jours avant sa première entrée dans le service, vomissements, mais cette fois, l'enfant accuse des douleurs abdominales.

Le 27 mai, douleurs plus vives sans localisation; elles ont le caractère de colique, durent quelques secondes, réapparaissent après plusieurs minutes d'accalmie. Vo-

missemments et douleurs paraissent marcher parallèlement.

Le Docteur Renoux, médecin traitant appelé ce jour-là constate que le ventre est souple, en aucun point on ne peut déceler de tumeur.

Le 28 mai, le médecin traitant examinant l'enfant est étonné de trouver dans la fosse iliaque droite, une tumeur ovoïde à grand axe oblique de haut en bas et de dehors en dedans et mesurant approximativement 10 à 12 cm. de long sur 5 à 6 cm. de large. Cette tumeur était peu mobile et peu douloureuse à la palpation. Poussée fébrile à 38°2, pouls 160.

Ce jour-là, entrée dans le service: le symptôme dominant est la tumeur dont il vient d'être question, elle se présente avec les caractères que nous avons décrits, elle est mâte, sa limite supérieure, difficile à préciser paraît correspondre à la ligne ombilicale, sa limite inférieure plus nette est au-dessous du détroit supérieur. Le pôle inférieur est inaccessible au toucher rectal, le rectum est libre.

Aucune réaction péritonéale; selle normale le matin, pas de glaires sanglantes.

Par ailleurs, rien à relever d'anormal chez cette enfant tant au point de vue de l'état des différents appareils que de ses antécédents pathologiques.

Comme il n'existe aucune indication à opérer d'urgence, il paraît sage d'essayer de préciser le diagnostic par un lavement baryté. Ce lavement chemine dans le sigmoïde, côlon descendant, côlon transverse, marque un temps d'arrêt quelques centimètres avant l'angle hépatique, puis passe dans l'ascendant, il longe d'abord le bord externe du côlon puis rapidement occupe tout

l'ascendant et le cœcum. A aucun moment, on n'a eu l'impression d'avoir refoulé une anse invaginée. Les images coliques et cœcales sont bien formées, régulières et normales. Au bout d'une minute environ, la baryte passe dans le grêle et dessine les premiers centimètres de l'iléon. Environ deux travers de doigt séparent le bas fond cœcal de l'image du côlon sigmoïde.

Donc, ni invagination, ni volvulus. La tumeur paraît centrée par l'appendice, mais l'hypothèse d'une appendicite n'est pas retenue. Glace sur le ventre, observation attentive heure par heure. Nuit assez bonne.

29 mai 1937, le matin, les traits de l'enfant sont tirés, les yeux cernés, le ventre très souple, la tumeur palpable comme la veille.

Le premier examen du 29 est fait à 8 heures par l'interne. Tumeur nette.

A 9 h. 15, le Docteur Chaptal, qui avait déjà examiné l'enfant, constate encore la présence de cette masse.

A 9 h. 25, au cours d'un nouvel examen (Professeur Etienne, Docteur Chaptal), la tumeur a disparu.

A noter qu'immédiatement après que l'on a constaté la disparition de la tumeur, l'enfant a demandé à uriner, or, l'enfant n'avait pas uriné depuis la veille. L'hypothèse d'une rétention de l'appareil urinaire n'est pas à éliminer (diverticule de la vessie, rein ectopique); il ne serait pas impossible que l'enfant ait vidé dans sa vessie le contenu d'un diverticule.

Analyse d'urines: normale, sauf quelques traces d'albumine et d'acétone.

Examen bactériologique: pas de germes à l'examen direct.

Cultures négatives.

Le 2 juin 1937: Azotémie, 0 gr. 21 par litre.

Un examen radiographique de l'appareil urinaire, après injection intra-veineuse de Tenébryl montre dès la cinquième minufé un bon remplissage des voies d'excrétion qui se présentent parfaitement normales comme situation, forme et dimension. Sur le deuxième cliché, fait un quart d'heure après l'injection, les contours des calices droits sont brouillés, mais étant donné d'une part la grande netteté des calices sur le premier cliché et d'autre part la non-dilatation des bassinets sur le deuxième, il ne semble pas que l'on doive considérer cette image comme pathologique. Ce peu de netteté est probablement dû à la superposition à ce moment d'ombre intestinale peut-être en mouvement. En somme, l'examen radiologique de l'appareil urinaire par voie descendante, n'a pas montré d'image pathologique.

Le 9 juin 1937: la tumeur n'a pas reparu; l'enfant ne présentant rien d'anormal est autorisée à sortir.

Du 9 juin 1937 jusqu'en mai 1938, aucun trouble abdominal, aucune réapparition de la tumeur.

Deuxième séjour dans le service. — Le 16 mai 1938, l'enfant revient dans le service. La tumeur s'est reformée et l'enfant accuse des vomissements depuis trois jours environ.

Examen à l'entrée: Dans la fosse iliaque droite, séparée de la crête iliaque par un sillon net, est une masse oblique à grand axe dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, atteignant en bas presque jusqu'au pubis et séparée en haut par deux travers de doigts du rebord costal. Aucun mouvement péristaltique.

Cette tumeur est douloureuse spontanément; elle est pseudo-fluctuante et ne peut pas être déplacée vers la gauche.

Toucher rectal: on sent dans le Douglas, assez haut, une masse qui se mobilise avec la tumeur abdominale et qui n'est pas fixée aux parois pelviennes. Le rectum est libre de matières. Cette masse est assez molle, mais on ne détermine pas d'empreinte comme dans un fécalome.

L'hypothèse d'hydronéphrose est à nouveau soulevée. Le Docteur Bétoulières, assistant du Professeur Lamarque, réexamine les clichés de l'année précédente: Dans la fosse iliaque droite, au-dessous de l'image du bassin, on observe une ombre en Y située au milieu d'une zone de clarté ovoïde, régulière, qui paraît répondre aux parois accolées d'une anse intestinale distendue. Pas d'image de rein anormal.

Pouls, 110; température, 37°4. Aucune réaction péritonéale, aucun signe d'occlusion intestinale.

Le 17 mai 1938, à 16 heures, l'état général s'altère, teint plombé très accusé avec cerne des yeux, mais en revanche, ni fièvre ni accélération du pouls. Pas de modification des signes de la tumeur, pas de signes péritonéaux.

Un examen radiographique de l'abdomen sans préparation montre avec netteté les contours des deux reins qui ne sont pas modifiés de volume ni de position. Au-dessous de l'ombre rénale droite se voit une masse opaque dont on situe mal les contours, que l'on retrouve également sur le cliché de profil où elle s'étend sur toute l'épaisseur antéro-postérieure de l'abdomen. Son opacité est homogène. Il n'y a pas de distension gazeuse intestinale (Docteur Bétoulières).

Le 18 mai 1938, même état, température, 36°8, pouls 130.

Intervention: Opérateur, M. le Professeur Etienne. Anesthésie générale. o Ouverture de l'abdomen par dissociation musculaire au-dessus de la zone de Mac Burney.

A l'ouverture du péritoine, issue d'une petite quantité de sang et surtout d'un liquide incolore qui coule en abondance.

Dans la partie interne de la brèche opératoire, apparaît une tumeur rouge violacée, recouverte de vaisseaux assez importants. Aspiration du liquide qui s'écoule de la cavité abdominale, pendant qu'on remarque que la tumeur se dégonfle. Au bout de quelques instants, surtout dans la partie inférieure de l'incision, on voit apparaître, au milieu du liquide clair un coagulum comparable à un précipité d'albumine. L'aspiration est continuée.

On attire à ce moment la tumeur qui est presque entièrement vidée et l'on se rend compte qu'il s'agit d'une tumeur kystique (aux apparences d'intestin) et présentant la forme d'une aubergine à grosse extrémité inférieure, fixée par des adhérences assez molles à la paroi antéro-interne du côlon ascendant et recouvrant en partie ce côlon. Section progressive des adhérences en attirant la tumeur de bas en haut; on atteint ainsi le pédicule supérieur. Ce pédicule croise, en avant, le début du côlon transverse et se termine en pointe sans connexion étroite avec l'intestin, presque sans vaisseaux. Une exploration complémentaire faite après l'ablation de la tumeur montre que le cœcum est à sa place, porteur d'un appendice sain; le côlon ascendant

l'angle hépatique et la première portion du côlon transverse sont en situation normale.

En explorant la partie inférieure de la brèche opératoire, on voit une faux péritonéale qui part du détroit supérieur pour remonter vers l'ombilic. Cette faux délimite par sa face antérieure un récessus péritonéal en relation directe avec la fosse iliaque interne.

La tumeur kystique reposait sur le côlon ascendant auquel elle adhérait, adhérences lâches, presque avasculaires, et franchissait le bord antérieur et la face supérieure du tiers droit du côlon transverse pour se terminer par un pédicule qui semblait légèrement adhérent à la face supérieure du méso-côlon transverse.

Le pédicule a été lié au catgut, sectionné sans difficulté. Drainage du cul-de-sac de Douglas avec un tube de caoutchouc, fermeture du péritoine, fermeture de la dissociation par deux points en X, points séparés sur l'aponévrose, suture de la peau avec agrafes.

Suites opératoires: A 15 heures, température, 39°7, faciès blâfard, yeux cernés, pouls rapide et petit. On fait du sérum artificiel, extraits surrénaux; goutte à goutte rectal; enveloppements froids.

A 17 heures, température, 40°; extrémités froides, faciès identique, pouls toujours très petit. On donne digitaline, coramine, sérum.

A 19 heures, température, 41°.

A 19 h. 30, température, 40°, même état.

Ponction lombaire qui donne issue à un liquide non hypertendu, non modifié de couleur; on enlève environ 8 cc. de liquide.

125 cc. de sérum glucosé; 5 unités d'insuline sous-cutanée. Suppositoire de quinine, 25 cg.

A 22 heures, pâleur de la face, pouls petit et rapide, agitation, température 38°.

Dans la nuit: l'enfant est un peu agitée et paraît délirer. On continue la médication: sérum, solucamphre, adrénaline.

Le 19 mai 1938: A 8 heures, faciès pâle, pouls rapide, 135 et petit, léger délire. La température est remontée à 40°. Nouvelle ponction lombaire qui donne un liquide légèrement hémorragique dû vraisemblablement à la piqure d'une petite veine.

A 10 heures, injection intraveineuse de 20 cc. de sérum hypertonique, salé. Le faciès paraît se recolorer légèrement.

A 12 heures, on ne refait pas de sérum salé devant l'état très alarmant de l'enfant; face très blanche, yeux tout à fait enfoncés, extrémités froides.

A 13 h. 20, même état, pouls imperceptible, torpeur, yeux légèrement fixés vers en haut.

A 14 h. 30, l'enfant meurt.

Examen de la pièce: La tumeur est une tumeur kystique uniloculaire à grande extrémité en forme d'aubergine, mesurant 14 cm. de haut dans son grand axe, sur 7 cm. dans son axe transversal.

Examen histologique d'un fragment de paroi envoyé au laboratoire: permet d'y reconnaître les éléments tissulaires constitutifs de la paroi intestinale; les couches musculaires notamment. L'épithélium surtout mucipare est désquamé sur la plus grande étendue du fragment envoyé; à son lieu et place, on note la présence d'une sous-muqueuse présentant des signes importants d'œdème inflammatoire subaigu à lymphocytes et polynucléaires (Docteur Guibert).

Résultats de laboratoire

Analyse chimique du liquide intestinal:

Chlorures: 7 g. 50

Albumine: 0 g. 10

Réaction de Rivalta: positive.

Liquide céphalo-rachidien:

Chlorures: 7 g. 50

Albumine: 0 g. 35

Glucose: 0 g. 46

Nageotte: 2 g. 2 (le 18-5-38), à 13 heures, pas
de germe

Nageotte: 1 g. 8 (le 13-5-38), à 8 heures.

Culot de centrifugation. — Très nombreuses hématies. Pas vu de leucocytes. Pas vu de germes à l'examen direct. Cultures négatives.

Chapitre II

Situation nosologique des kystes entéroïdes

Les kystes entéroïdes doivent entrer, nous semble-t-il, dans le grand groupe des tumeurs du mésentère.

Il existe deux variétés principales de tumeurs primitives du mésentère : les tumeurs solides et les tumeurs kystiques.

Les tumeurs solides sont habituellement bénignes (fibrome, lipome).

Les tumeurs kystiques comprennent des kystes dermoïdes, des kystes parasitaires (kystes hydatiques), kystes entéroïdes (à structure intestinale).

Il existe enfin quelques cas de lymphangiome kystique à contenu clair ou chyleux.

Les kystes entéroïdes sont, par conséquent, des tumeurs kystiques à structure intestinale développées dans le mésentère.

Tandis que les autres tumeurs kystiques du mésentère peuvent s'observer à tous les âges ; les kystes entéroïdes sont l'apanage des enfants (35 % avant un an).

Les tumeurs du mésentère ont été étudiées en 1880 par Pean, Tillaux, Merklen, en 1892 par Bracquehay.

Les kystes entéroïdes ont été surtout connus en France depuis le mémoire de Terrier et Lecène, 1904 ;

depuis cette époque, de nombreux travaux ont été entrepris à ce sujet, beaucoup plus nombreux d'ailleurs à l'étranger (Allemagne, Angleterre, Etats-Unis) qu'en France.

Parmi les travaux français, citons ceux de Desgoutte et Ricard; Proust et Monod, plus récemment, enfin Bourde et Mosinger.

Signalons enfin les travaux de Lewis et Thyng sur les diverticules intestinaux chez l'embryon du porc, du lapin et de l'homme (1907-1908).

Chapitre III

Etude Anatomique

I. — RAPPEL EMBRYOLOGIQUE

Il nous paraît indispensable de rappeler brièvement quelques notions d'embryologie de façon à comprendre plus tard quelle pathogénie les différents auteurs ont pu donner aux néoformations kystiques d'origine intestinale.

On sait que chez l'embryon, l'accroissement de l'intestin en longueur est très rapide; il en résulte une torsion qui a, comme axe, le cordon ombilical. L'anse intestinale primitive ainsi formée se compose de deux éléments, un qui comprend le duodénum et la plus grande partie du jéjunum iléon, l'autre qui correspond au reste de l'iléon et au gros intestin.

L'individualisation du duodénum est assez précoce; bientôt cinq anses primaires se différencient dans le reste de l'intestin grêle (Mau). Ces anses primaires se compliquent et deviennent anses secondaires.

A l'endroit où se réfléchissent les deux éléments de l'anse intestinale jéjuno-iléale et iléo-colique, prend naissance le canal vitellin ou ombilical qui fait saillie pendant quelque temps à l'intérieur du cordon ombili-

cal en entraînant la partie de l'anse intestinale dans laquelle il s'insère. La partie iléo-colique de l'anse subit un mouvement de torsion qui la place sur la portion jéjuno-iléale. Près du point de réflexion de l'anse, se différencie l'ébauche de l'appendice.

Les anses intestinales qui étaient entrées avec le canal vitellin dans le cordon ombilical en sortent vers le troisième mois et restent dans la cavité abdominale par la fermeture de l'ombilic. Le canal vitellin qui constituerait la communication avec la vésicule ombilicale, s'atrophie progressivement. Elle peut persister, elle devient alors diverticule de Meckel.

Nous verrons dans quelques instants que de nombreux auteurs ont proposé, comme pathogénie, des kystes entéroïdes une origine diverticulaire. Les quelques notions que nous venons d'exposer nous seront utiles dans la discussion de cette théorie.

Le mésentère constitue un repli péritonéal qui suit l'intestin dans ses mouvements de torsion et il n'est pas malaisé de conclure que c'est à son niveau que l'on rencontrera les différentes néoformations d'origine intestinale.

II. — ANATOMIE MACROSCOPIQUE

1. *Topographie générale*

Dans la cavité abdominale, les entéro-kystes ont pour siège d'élection la région iléo-cœcale. Dans sa statistique portant sur 88 cas, Kettel (1933) a observé 71 kystes en rapport avec l'intestin grêle et 17 avec le côlon.

Terrier et Lecène ont rencontré 15 kystes situés dans le dernier mètre de l'iléon et l'angle iléo-cœcal, tandis qu'un seul sur le cœcum et deux sur le jéjunum.

Le siège le plus fréquent est pour les uns, l'angle iléo-cœcal proprement dit, pour les autres la valvule iléo-cœcale. Beaucoup plus rarement on a décrit des entérokystes cœcaux (Blockadder, Ball, Bazin, Edwards, Evans, Drennen). Un des cas de Drennen mérite une mention spéciale; le kyste à l'extrémité du cœcum donne insertion à l'appendice. Dans le cas qui nous intéresse, l'entérokyste était placé le long du côlon ascendant, se rapprochant ainsi de part sa situation au cas décrit par Ewans (1929).

Il faut signaler des sièges exceptionnels: rectaux: Petit de La Villéon, Lanahan et Stone.

Nous ne citons que pour mémoire l'existence rarissime de kystes entérogènes extra-abdominaux, surtout médiastinaux (Poncher et Miller).

2. Topographie par rapport à la paroi intestinale

Terrier et Lecène, dans leur revue générale de 1904 distinguent, parmi les kystes entéroïdes, plusieurs variétés:

a) Le kyste est sous-muqueux et sa paroi est constituée par une couche à fibres musculaires lisses et par une muqueuse épithéliale. C'est évidemment une variété exceptionnelle.

b) Le kyste est développé dans l'intérieur de la couche musculaire qu'il dédouble.

c) Le kyste est développé sous la séreuse en des points variables:

1. Le kyste est placé sur le bord libre de l'intestin ;
2. Le kyste est situé au niveau du bord mésentérique de l'intestin pénétrant plus ou moins à l'intérieur du mésentère qu'il dédouble.

Cette distinction est capitale du point de vue chirurgical, en effet, les kystes sous-séreux du bord libre peuvent être pédiculés sur l'intestin par une attache plus ou moins longue ou plus ou moins large.

Les kystes inclus dans le mésentère présentent, du point de vue chirurgical, une difficulté plus grande à cause des rapports vasculaires qu'ils présentent.

Mais Terrier et Lecène n'envisagent pas suffisamment les kystes entéroïdes présentant des connexions assez lâches avec l'intestin.

Bourde et Mosinger, dans leur revue générale, citent beaucoup plus longuement cette dernière variété. Il s'agit alors d'une tumeur kystique.

Placée sur le bord externe de l'intestin ou au-devant de lui.

La tumeur adhère à l'intestin par des adhérences fibreuses plus ou moins serrées, et par un méso-vasculaire d'une longueur variable. C'est dans cette catégorie que doit entrer l'observation que nous avons étudiée. Le kyste avait la forme d'une « aubergine » ; il était fixé par des adhérences assez molles à la paroi antéro-interne du côlon ascendant ; il franchissait le bord antérieur et la face supérieure du tiers droit du côlon transverse pour se terminer par un pédicule qui semblait adhérent à la région du méso-côlon transverse.

Ce cas doit être rapproché de ceux de Kettel, Horn, Miliar et Robertson.

Dans le cas de Kettel, l'entéro-kyste, en forme de « saucisse » est déplacé en dehors du côlon ascendant, uni à lui, par des adhérences fibreuses à une de ses extrémités s'implantait un méso-vasculaire, tandis que l'autre était complètement libre.

Dans celui de Millard et Robertson, la tumeur ressemblait à un intestin kystique et était placée en avant du côlon ascendant avec lequel il ne présentait aucune connexion; elle était rattachée au mésentère de l'angle iléo-cœcal par un petit repli vasculaire.

Le cas de Hoen est aussi analogue: tumeur kystique en forme de saucisse, située le long du bord externe du côlon ascendant, mais rétropéritonéal et partiellement recouverte par le cœcum. Elle avait des connexions lâches avec le côlon et présentait par son pôle supérieur un petit pédicule vasculaire.

Bourde et Mosinger adoptent une classification qui nous paraît intéressante du point de vue chirurgical. Ils distinguent: les kystes extra-intestinaux présentant des rapports plus ou moins lointains avec l'intestin. Leur symptomatologie ne sera pas digestive.

Du point de vue chirurgical, leur exérèse sera facile sans lésion intestinale.

Les kystes pariétaux intestinaux, c'est-à-dire siégeant dans la paroi même de l'intestin ou présentant avec lui des connexions intimes, qui se traduiront cliniquement par des troubles digestifs et se compliqueront souvent d'occlusion intestinale.

Du point de vue opératoire, grande difficulté et résection intestinale presque toujours nécessaire.

3. *Caractères des kystes entéroïdes*

Leur volume est variable : diamètre moyen, 5 à 8 cm. Les kystes pariéto-intestinaux sont habituellement petits, tandis que les kystes extra-intestinaux peuvent acquérir un assez grand volume.

Leur forme est arrondie ou allongée, les kystes siégeant dans la région iléo-cœcale ont fréquemment une forme oblongue en saucisse ou en aubergine.

Ils sont habituellement monoloculaire, rarement pluriloculaire.

Leur contenu rappelle souvent celui des kystes Wolfiens de l'ovaire (Terrier et Lecène). Dans le cas qui nous intéresse, le contenu était séro-albumineux. On a pu trouver parfois un liquide trouble, couleur chamois. Plus rarement du pus (Drennen), exceptionnellement un contenu dur fécaloïde (Thein).

III. — ANATOMIE MICROSCOPIQUE

La structure histologique de la paroi des kystes entéroïdes est variable suivant le degré de différenciation auquel est parvenue la tumeur.

A son maximum de développement, on retrouve toutes les couches de la paroi intestinale normale (muqueuse sous-muqueuse, musculuse, séreuse).

La muqueuse possède parfois tous ses éléments au complet : épithélium, glandes et chorion. Il est à remar-

quer que l'épithélium varie non seulement d'un cas à l'autre, mais aussi en différents points d'une même muqueuse. C'est ainsi que dans le cas qui nous intéresse il existait des desquamations de l'épithélium en de nombreux points, la sous-muqueuse située à ce niveau présentant à ce niveau des lésions inflammatoires importantes.

Le chorion est souvent absent, l'épithélium reposant alors directement sur la musculuse.

A ce propos, Bourde et Mosinger envisagent trois possibilités :

— parfois la muqueuse repose sur un simple tissu collagéo-fibroblastique (Obs. Bourde et Mosinger) ;

— parfois, le tissu sous-muqueux est formé par un feutrage irrégulier de fibroblastes et de fibres musculaires lisses ;

— parfois enfin (c'est le cas de notre observation) on trouve une, deux ou trois couches de fibres musculaires lisses régulières, mieux ordonnées.

Chapitre IV

Manifestations cliniques

La symptomatologie des kystes entéroïdes varie suivant le volume de la tumeur et suivant sa situation par rapport à l'intestin, parfois enfin ces malformations peuvent rester silencieuses pendant toute la vie et n'être que trouvailles d'autopsie.

En général, les kystes entéroïdes se manifestent par une tumeur abdominale constante.

Nous entendons par tumeur constante, une masse abdominale que l'on retrouve dans chaque cas, mais qui peut disparaître momentanément par rupture ou fixation de la poche.

LA TUMEUR ABDOMINALE

C'est parfois à l'occasion de complications diverses : hémorragies intestinales, oclusions, que l'avis du médecin sera demandé.

Plus rarement les parents de l'enfant ou l'enfant lui-même auront remarqué l'existence d'une tuméfaction suspecte au niveau de l'abdomen.

La date d'apparition de cette tuméfaction est variable, parfois, c'est une tuméfaction intermittente (cas d'Ewans, et celui que nous rapportons).

Il s'agit alors de fissuration de la paroi du kyste permettant à celui-ci de s'évacuer, puis de se reformer à nouveau; quelque temps après, on peut vraiment parler alors « de la tumeur fantôme ».

La disparition de cette tumeur peut passer inaperçue, parfois elle détermine des phénomènes de chocs plus ou moins graves rappelant les accidents de choc anaphylactiques.

Cliniquement, il s'agit d'une tumeur lisse de forme allongée ou arrondie, de consistance ferme ou molle, suivant l'état de réplétion de la cavité kystique.

La mobilité est variable suivant les rapports que présente le kyste avec l'intestin voisin et avec le mésentère.

Parfois, elle a pu donner une impression de ballotement rénal (Krogus).

Le toucher rectal permet parfois de percevoir à bout de doigt une tuméfaction distincte du rectum.

SYMPTOMES SURAJOUTES

A peu près constants, mais très variables lorsqu'ils n'existent pas, il est rare que le malade vienne consulter pour une simple tuméfaction abdominale.

La symptomatologie est polymorphe et nous ne parlerons que des manifestations les plus couramment observées.

Ces douleurs existent fréquemment. Il s'agit parfois de crises douloureuses intermittentes s'accompagnant ou non de vomissements? On porte alors souvent le diagnostic d'appendicite chronique.

Des hémorragies intestinales sont parfois observées, elles ne sont pas le privilège des kystes pariétaux-intestinaux, elles sont parfois très importantes (Melchior).

L'ascite est parfois observée (Terrier et Lecène). Mais il s'agit habituellement d'une fausse ascite (kyste pris pour une ascite) ou d'un kyste entéroïde ouvert dans le péritoine.

COMPLICATIONS

Elles sont malheureusement fréquentes, elles aggravent assez lourdement le pronostic de ces tumeurs qui sont cependant « histologiquement bénignes » comme le font remarquer Bourde et Mosinger.

1° *Complications mécaniques*

L'occlusion intestinale: S'observe fréquemment (49 % de cas) elle peut se manifester par une symptomatologie aiguë et brutale.

Parfois, il s'agit simplement de sub-occlusion. Car elle conduit souvent à la résection intestinale.

La torsion du pédicule: Est assez rare, car il est peu fréquent de rencontrer un pédicule assez long pour permettre une torsion.

La symptomatologie est brutale et la gangrène du kyste provoque rapidement une péritonite aiguë généralisée.

La rupture de l'entérokyste se traduit rarement par des manifestations cliniques nettes.

Dans le cas d'Evans, elle ne s'est accompagnée d'aucune symptomatologie objective. Au contraire, dans le

cas que nous présentons, elle avait été suivie d'accidents graves.

En réalité, la rupture s'était produite à deux reprises. La première fois, il n'y avait eu aucun signe pathologique; par contre, la deuxième ouverture spontanée s'est accompagnée d'accidents graves, il semble donc que nous nous trouvons en face d'accidents de l'espèce anaphylactique, la première rupture spontanée dans le péritoine ayant sensibilisé l'organisme à tout contact nouveau avec la même substance.

2° Complications infectieuses

Très rarement observée (observation de Drenne, observation de Bourde et Mosinger).

Lorsque la suppuration se produit, elle peut aboutir à une péritonite localisée semblable à celle que l'on observe après appendicite aiguë. Parfois, elle produit une péritonite généralisée rapidement mortelle.

3° La transformation tumorale

On a noté parfois la présence de transformation adénomateuses (Høier et Anderson), Terrier et Lecène pensent que l'ascite observée dans leur cas était due à une transformation maligne du kyste.

Il s'agissait peut-être cependant d'une fissuration passée inaperçue.

Quesnel a observé une transformation sarcomateuse de kyste entéroïde.

Enfin, Melchior, une généralisation péritonéale néoplasique à partir d'un kyste entéroïde dont on avait fait l'exérèse dix mois auparavant, mais qui présentait déjà, à ce moment-là, des végétations papillaires suspectes.

Chapitre V

Diagnostic

Cliniquement, on ne peut jamais diagnostiquer un kyste entéroïde.

L'existence d'une tumeur abdominale fait porter souvent le diagnostic de kyste ovarien.

On ne pense presque jamais à un kyste entéroïde. Il nous semble cependant que la présence d'une tumeur abdominale survenant chez un enfant sans autre symptomatologie doit faire penser à un entérokyste car cette éventualité, bien que peu fréquente, n'est cependant pas exceptionnelle.

Par contre, le diagnostic devient absolument impossible lorsque des signes d'emprunt divers accompagnent la tumeur.

Les diagnostics les plus variés ont été portés :

Appendicite aiguë : parce qu'il existait des crises douloureuses avec vomissements.

Invagination intestinale : à cause des hémorragies intestinales existant avec une petite tuméfaction abdominale de la fosse iliaque droite.

Tumeur du cœcum.

Kyste de l'ovaire tordu.

Tuberculose péritonéale.

Diverticule vésical.

En présence d'une occlusion, si l'on observe une tumeur abdominale, on pense logiquement que celle-ci est l'origine des phénomènes occlusifs.

La radiologie pourrait parfois collaborer utilement à la précision du diagnostic.

Il a été rarement utilisé à cause de l'acuité des symptômes observés.

Dans le cas de Theis, il existait un manque de remplissage de la partie interne du cœcum.

Dans le cas que nous présentons, un lavement baryté a été pratiqué, il a simplement permis de localiser la tumeur et a montré, en outre, qu'elle n'était pas en rapport avec la lumière intestinale.

Dans le cas de kyste entéroïde, la radiographie ne permettra de fournir des renseignements intéressants que dans les rares cas où le kyste comprime la lumière intestinale ou fait saillie dans celle-ci.

Chapitre VI

Étiologie et Pathogénie

Les kystes entéroïdes s'observent habituellement dans le jeune âge.

Dans 30 % des cas, ils se manifestent avant un an. Parfois, cependant, ils se mettent en évidence beaucoup plus tard; l'âge extrême retrouvé dans la littérature est celui de l'observation de Terrier et Lecène (33 ans).

Pathologie des kystes entéroïdes

Nous avons vu, dans un bref rappel embryologique, les modifications que subissaient le tube digestif et le mésentère.

Des restes embryonnaires (canal omphalo-mésentérique) forment chez l'adulte le diverticule de Meckel-Terrier et Lecène, dès 1904, ont émis l'hypothèse que le kyste entéroïde provenait de débris du canal omphalo-mésentérique; ils auraient ainsi une origine analogue à celle du diverticule de Meckel.

De nombreuses objections peuvent être opposées à cette conception.

C'est d'abord le siège extrêmement variable de l'entérokyste que l'on trouve surtout au niveau de l'angle iléo-cœcal.

En outre, on explique ainsi difficilement l'existence de kystes nichés dans le mésentère et nés, par conséquent, du bord adhérent de l'intestin.

Certains auteurs, pour répondre à ces objections, ont prétendu que le diverticule de Meckel pouvait être im-

planté en n'importe quel point de l'intestin terminal, ce qui n'est guère en rapport avec les notices classiques d'embryologie.

Cependant, Keibet, Lewis et Thyng ont décrit des diverticules intestinaux fréquents chez l'embryon du porc, du lapin et de l'homme.

Les kystes entéroïdes paraissent dûs à l'isolement de ces diverticules intestinaux.

Pathogénie des complications

L'occlusion intestinale qui est la complication la plus fréquente des entéro-kystes paraît due à des causes diverses.

Parfois, la lumière intestinale est obstruée par compression ou développement intra-intestinal du kyste (Frankel, Kroglus, Beckman).

Parfois, il s'agit d'une invagination intestinale vraie ayant le kyste pour point de départ (Sprengel, Bau, Mac-Buley, Bazin, Drennen, Shimizu, Theis).

Parfois, enfin, il est à l'origine d'un volvulus ou d'un iléus par strangulation.

La rupture du kyste a entraîné dans le cas que nous présentons, des accidents du genre anaphylactique.

Nous n'avons jamais trouvé un tel accident signalé dans la littérature.

Le fait que la première fissuration s'est fait sans aucun trouble et que la seconde a été suivie d'accidents extrêmement graves permet de penser que la première rupture avait sensibilisé l'organisme au liquide kystique. Il aurait été intéressant d'étudier la nature chimique du liquide kystique, mais malheureusement cet examen n'a pu être pratiqué à cause de la vacuité à peu près complète du kyste au moment de l'intervention.

Chapitre VII

Thérapeutique

Bourde et Mosinger ont classé les kystes entéroïdes en kystes extra-intestinaux et pariéto-intestinaux.

Cette différenciation est intéressante du point de vue thérapeutique, car les premiers ont une exérèse assez facile, lorsqu'on les opère en dehors d'une complication; tandis que les kystes pariéto-intestinaux nécessitent presque constamment une résection intestinale.

L'exérèse totale des kystes extra-intestinaux est habituellement facile.

Cependant, lorsqu'il s'agit de kystes rétro-péritonéaux, on rencontre souvent des pédicules très vascularisés, situés près de la veine cave inférieure et de l'urètre (Desgouttes et Ricard).

En présence des kystes infectés, la marsupialisation est la seule intervention raisonnable.

En période d'occlusion, on tente la résection intestinale, on en est parfois réduit à une simple entérostomie.

Dans l'observation que nous rapportons, le résultat opératoire aurait été certainement excellent si la malade avait été opérée en dehors des accidents graves qui ont nécessité une intervention immédiate.

Conclusions

Les kystes entéroïdes, tumeurs « histologiquement bénignes » présentent cependant une gravité assez considérable à cause des complications qu'ils provoquent.

Le diagnostic clinique est extrêmement difficile à porter. On devra cependant penser au kyste entéroïde en présence d'une tumeur abdominale isolée survenue chez un enfant.

Dans certains cas, la radiographie peut fournir des renseignements intéressants.

Nous signalons la gravité extrême des récidives d'ouverture spontanée intra-péritonéale. Elles peuvent provoquer des accidents généraux de nature anaphylactique.

La thérapeutique à mettre en jeu est l'exérèse simple lorsqu'elle est praticable, la résection ou l'entérostomie suivant les possibilités.

Enfin, la marsupialisation, s'il s'agit d'un kyste suppuré.

Le résultat opératoire sera bon si on peut intervenir en dehors d'une complication.

BIBLIOGRAPHIE

- D'ABREU (Cardiff). — Kyste entérogène de l'iléon chez un enfant. *The Lancet*, juillet 1934.
- AIGUABELLA et CONDÉ. — Entérokystome de la paroi cœcale. *Revista Espanola de Cirurgia*, nov.-déc. 1933.
- AITKEN. — Kyste de l'iléon. *Brit. J. Surgery*, janvier 1931.
- ASCHNER. — Kyste de l'iléon ayant déterminé une obstruction. *Archives of Surgery*, juillet 1924.
- AUCHE et PEYRE. — Kyste muqueux juxta-intestinal. Analyse in *J. de Chirurgie*, t. I, p. 272.
- BOURDE et MOSINGER. — Les kystes entéroïdes. *J. de Chirurgie*, 1937.
- BRADNEY et HOKE. — Kyste entérogène iléo-cœcal. *Journal de Pédiâtre*, mai 1933.
- BRAUN. — Kyste de l'intestin. Analyse in *Journal de Chirurgie*, t. I, p. 740.
- CHILOL, STRONG, SCHWARTZ (New-York). — Kystes mésentériques entérogènes. Analyse in *Journal de Chirurgie*, t. XI, p. 625.
- DESCOUTTES et RICARG. — Kyste du mésentère. *Journal de Chirurgie*, septembre 1928.
- DRENNEN. — Kystes iléo-cœcaux. *Arch. Surg.* t. 22, janvier 1931.

- EVANS. — Kystes et diverticules entérogènes congénitaux. *British Journ. of Surgery*, juillet 1929.
- FORGUE et RICHE. — Le diverticule de Meckel. Doin, éditeur, 1907.
- FORRESTIER. — Kyste entérogène. *Glasgow Méd. Journ.*, juin 1933.
- HUGHES JONES. — Kystes entérogènes. *Brit. Journ. of Surgery*, juillet 1934.
- KETTEL. — Un cas d'entérokystome. *Hopitalstidende*, mars-avril 1933.
- LANAHAN et STONE. — Kystes entérogènes. *Surg. Gyn. and Obst.*, juin 1934.
- LEWIS et THYNG. — Constance des diverticules intestinaux chez l'embryon du porc, du lapin et de l'homme. *Ann. J. Anat.*, 1907-1908.
- MAYER. — Kystes intestinaux. *Ann. Int. Méd.*, décembre 1935.
- MILIANITCH. — Volumineux kyste du mésentère. Résection intestinale large. Guérison. *Bull. of Mém. Soc. Méd. de Chirurgie*, 1933.
- MILLER. — Kystes mésentériques entérogènes. Analyse in *J. de Chirurgie*, 11, p. 625.
- PETIT DE LA VILLÉON. — Kyste congénital du rectum. *Bull. et Mém. Soc. de Méd. et Chir. de Bordeaux*, 1915.
- PORTIS. — Kyste mésentérique du jéjunum. *Fr. Chicago Path. Soc.*, juin 1927.
- PROUST et MOXOD. — Contribution à l'étude des kystes du mésentère. *Rev. de Gyn. et de Chir.*, septembre 1912.

SANTT. — Contribution à l'étude des kystes entéro-mésentériques. *La Clinic Chirurgical*, décembre 1932.

SHALLOW. — Kystes entéro-mésentériques. *Ann. of Surgery*, avril 1935.

STANLEY WHITE. — Kyste mésentérique ou entérogène. *J. de Chir.*, t. 17, p. 157.

TERRIER et LECÈNE. — Un nouveau cas de kyste juxta-intestinal. *Revue de Chir.*, 1904.

THEIS. — Entérokystome iléo-cœcal produisant une interruption partielle. *Ann. of Surgery*, mai 1928.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :
*Un cas de Teratome kystique
de la cavité abdominale*
par Ozjasz GOLDSTEIN
Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression
Montpellier, le 10 juillet 1939
le Professeur, ETIENNE.

Vu :
Montpellier, le 10 juillet 1939
le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 11 juillet 1939
le Recteur,
PARISELLE

